

結核指定医療機関変更届

年 月 日

大阪市長 様

開設者住所

(法人の場合は、法人の住所)

開設者氏名

(法人の場合は、法人の名称及び代表者名)

次のとおり変更しましたのでお届けします。

指定医療機関	番 号	大阪市指令大保第 号 年 月 日
	名 称	(旧の名称)
	所在地	
変更事項	旧	
	新	
変 更 年 月 日		年 月 日
保険医療機関番号 (保険薬局番号)		
変 更 理 由	1. 医療機関名称の変更 2. 移転を伴わない医療機関所在地の呼称・地番の変更 3. 開設者の住所または氏名における名称のみの変更 4. その他 ()	

※ 本届に関する連絡先

担当者名

電話

保健福祉センター受付印